UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935 — N° 84

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOÏDES BILATÉRAUX DES OVAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 19 Décembre 1934

PAR

François LE GOFF

Élève du Service de Santé de la Marine

Externe des Hôpitaux

Né à IRVILLAC (Finistère) le 17 Juillet 1909

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur .....

JEANNENEY, professeur ... *Juges.*

LOUBAT, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. LESBATS

16, Rue Jules-Guesde, 16

1934

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935 — N° 84

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOÏDES BILATÉRAUX DES OVAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 19 Décembre 1934

PAR

François LE GOFF

Élève du Service de Santé de la Marine
Externe des Hôpitaux

Né à IRVILLAC (Finistère) le 17 Juillet 1909

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*
PAPIN, professeur .....
JEANNENEY, professeur ... *Juges.*
LOUBAT, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. LESBATS
16, Rue Jules-Guesde, 16

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. MAURIAC..... Doyen

M. GUYOT..... Assesseur

M. SIGALAS..... Doyen Honoraire

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIERE, BARTHE, DENIGES, AUCHE, SELLIER, BEILLE, CASSAET.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC.
id.	DUPERIE.
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microcopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUILH
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RECHOU.
Chimie	CHELLE.
Botannique et mat. médicale	GOLSE.
Pharmacie	MANDOUL.
Zoologie et parasitologie	DUPOUY.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	TEULIERES.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	ROCHER.
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Cliniques des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Clinique dentaire	CAVALIE.

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), PAPIN (Chirurgie générale), R. Sigalas (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
id	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	DAMADE.
id.	PIECHAUD.
id.	DELMAS-MARSALET.
id.	DE GRAILLY.
id.	FONTAN.
Chirurgie générale	CHARRIER.

	MM.
Chirurgie générale	LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Chimie gén. pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Médecine opératoire	PAPIN.
Physiologie	FABRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Accouchements	PERY.

	MM.
Puériculture	FAUGERE.
Démonstration et prép. pharm.	M. VITTE.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail,
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..... N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE, A MA MERE

A MA FEMME

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES

HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE

DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE

ET DES TROUPES COLONIALES

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales,
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'instruction Publique,

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF BRUN

Sous-directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales,
Officier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

A MON PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris
Vice-Président de la Société Française de Gynécologie
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

Qu'il veuille bien agréer l'hommage, de notre grande reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, nous tenons à adresser nos vifs remerciements à M. le Professeur Guyot, M. le Professeur Bégouin, M. le Professeur Loubat, M. le Docteur Charbonnel, M. le Docteur Jean Villar, pour les observations qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

INTRODUCTION

Il est classique de dire que les kystes dermoïdes des ovaires sont généralement unilatéraux par opposition aux kystes mucoïdes, qui, eux, sont fréquemment bilatéraux.

Mais cette dernière particularité se présente également dans le cas de kystes dermoïdes, et en réunissant ici, les observations que nous avons pu trouver, nous nous proposons d'étudier la seule question de la bilatéralité, sans entrer dans certaines considérations qui n'ont rien de spécial à ce sujet, comme l'anatomie microscopique, la pathogénie, leur réservant toutefois quelques parenthèses, le cas échéant.

Peu d'auteurs ont entrepris l'étude de la question, et seuls, Lœwy et Guéniot, en 1902, ont fait un travail à peu près complet à ce sujet en rassemblant 77 cas. Depuis, d'assez nombreuses observations ont été publiées, et c'est de l'examen de certaines d'entre elles que nous formulerons nos conclusions.

Nous rappellerons d'abord la fréquence des kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires, en relevant les différents pourcentages fournis par divers auteurs.

Puis, sous le titre d'anatomie pathologique, nous entreprendrons la description des lésions, c'est-à-dire l'étude de la disposition, du volume relatifs des kystes.

Nous examinerons ensuite l'intéressante question de la menstruation et de la grossesse chez les femmes atteintes de cette affection en faisant remarquer la divergence de nos conclusions sur certains points avec l'opinion classique.

En traitant du diagnostic, nous nous attacherons surtout à étudier la différenciation des kystes dermoïdes bilatéraux ovariens d'avec le fibrome, car c'est là la confusion la plus fréquemment commise, et à montrer les conséquences auxquelles peuvent exposer cette erreur de diagnostic.

Les accidents dus à la coexistence de kystes dermoïdes des deux ovaires feront l'objet du chapitre des complications.

Enfin, le traitement nous retiendra davantage. Nous discuterons surtout de l'opportunité de la chirurgie conservatrice qui prend dans ces cas de lésions bilatérales une importance considérable.

Nous classerons nos observations en deux groupes. D'abord, celles où le traitement conservateur aura été pratiqué. Puis celles où, au contraire, l'ablation totale des tumeurs aura été faite; observations intéressantes cependant, par les symptômes, le diagnostic porté, les complications, etc...

HISTORIQUE

La coexistence des kystes dermoïdes dans les deux ovaires est loin d'être une rareté. Cependant, certains auteurs déclarent avec Recasen (1931) que cette lésion bilatérale est une exception. Mais beaucoup d'autres affirment comme Schroeder (1886) que les tumeurs dermoïdes se rencontrent souvent dans les deux ovaires à la fois.

Meckel, en 1915, fournissait une statistique dans laquelle on relevait trois cas de kystes bilatéraux sur 33 observations de kystes dermoïdes; mais Meckel ne considérait que les kystes dentifères.

Plus tard, Pauly trouvait six cas sur 64.

En 1875, Pauly réunit 117 cas de kystes dermoïdes de l'ovaire; dans vingt des cas, les deux ovaires étaient intéressés.

Mantel, en 1892, trouve un cas de bilatéralité sur dix observations de kystes dermoïdes.

Omori et Ikéda (1892), 12 sur 38.

Hoffmann (1898) : 1 sur 36.

Ikéda (1901) : 17 sur 67.

R. Lœwy et P. Guéniot (1902) réunissent 77 observations.

Sneguireff (1905) trouve 7 cas de dermoïdes bilatéraux sur 53 cas de dermoïdes ovariens.

Ravano (1908) : 9 sur 66.

Yamasaki (1911) : 13 sur 71.

Lippert (1913) : 7 sur 66.

Luftspringer (1918) : 4 sur 43.

Campbell (1917) donne une statistique de 1 %.

Puis Weiner, un cas sur 60; Keller, un sur 87.

Koncky (1925) : 13 sur 100.

R. Bourg (1927) pense que le chiffre de Pauly, soit 17 %, est au-dessous de la vérité; il trouve, pour sa part, 7 cas de bilatéralité sur 20.

Alberto Chueco : 1 sur 12.

Marshall en trouve 63 sur 415.

R. Miller, de 1916 à 1932, a observé 90 cas de kystes dermoïdes, dont 22 étaient bilatéraux.

Runeskog (1932) estime que les kystes dermoïdes, sont bilatéraux dons 10 % des cas.

Taddei (1933) a trouvé 3 cas de bilatéralité sur 14 cas de kystes dermoïdes ovariens.

Citons encore les pourcentages suivants, dont nous ne connaissons point le chiffre absolu, à partir duquel ils ont été effectués :

Mandelstamm : 14 %.
Kusudo Shagi : 16 %.
Lippert : 10,6 %.
Ravano : 13,6 %.
Statow : 31 %.
Steuber et Brandess : 18 %.
August Mayer : 18,4 %.
Glockner : 11 %.
Gebhardt : 17,5 %.
Martel : 40 %.

Une moyenne de ces chiffres montre que la fréquence des kystes dermoïdes bilatéraux est de 17 %, avec un maximum de 40 %.

Les kystes dermoïdes bilatéraux se rencontrent chez des malades de tout âge. Une malade de Mac Dowel était âgée de 15 ans, et cet auteur n'aurait trouvé que deux observations de malades plus jeunes, dans la littérature. D'autres observations relatent les cas de femmes de 70 ans et plus. Une moyenne de l'âge des malades nous donne le chiffre de 36,1. Les dermoïdes ovariens se rencontrent donc avec plus de fréquence en pleine période génitale.

Y aurait-il un certain caractère familial dans la genèse des kystes dermoïdes bilatéraux ? Hue (Revue de Normandie, 1904) présente l'observation de deux sœurs, qu'il a opérées de kystes dermoïdes des deux ovaires. Dans la discussion du rapport de Miller, J. Davies, à propos d'une autre observation, émet également cette hypothèse. Il semble qu'il ne faille voir là qu'une coïncidence.

Une question de race paraît également intervenir; et, si le pourcentage des dermoïdes ovariens bilatéraux est partout le même, les Japonaises doivent être particulièrement affligées de cette affection, puisque, d'après Runeskog, les kystes dermoïdes représenteraient chez elles, 35 % des tumeurs ovariennes, alors que nos auteurs donnent le chiffre de 3,5 %.

Les observations de kystes dermoïdes bilatéraux ne manquent pas dans la littérature. Cependant, peu d'auteurs ont entrepris l'étude de la question.

En 1886, Tschirner, dans sa thèse inaugurale, étudiait onze observations de chirurgiens allemands et japonais. Puis, Robert Lœwy et Paul Guéniot (1902) en faïsaient une étude plus complète en réunissant 77 cas.

En 1916, paraît une thèse de M. Plagniol sur les « kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires à symptomatologie hémorragique ». Enfin, Taddei, en 1933, tire quelques conclusions sur trois cas qu'il vient d'observer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La constitution microscopique n'ayant rien de spécial aux kystes dermoïdes bilatéraux, nous n'envisagerons ici que la description macroscopique, c'est-à-dire de la disposition des kystes, de leur volume relatif.

Dans le cas de kystes bilatéraux de l'ovaire, le volume des kystes est tout à fait variable. Dans certains cas, les deux kystes sont de volume égal, soit : une noix chacun, une orange, deux poings, une tête d'adulte.

Mais, d'une façon générale, le volume des deux tumeurs est très inégal, l'une peut être très grosse et l'autre à peine visible.

La malade de Hue présentait un kyste de l'ovaire gauche pesant 5 kilos, tandis que l'ovaire droit paraissait à peine augmenté de volume. Le plus souvent, ces tumeurs présentent la grosseur du poing, de deux poings... Ils sont quelquefois multiples des deux côtés. Une de nos observations décrit quatre cavités distinctes de l'ovaire droit et trois de l'ovaire gauche.

La malade de Joseph Norach avait 11 kystes d'un côté et 10 de l'autre.

La disposition relative des kystes est variable. Ils peuvent évoluer tous deux vers l'abdomen; ou bien un des kystes se trouve dans l'abdomen tandis que l'autre plus petit se prolabe dans le cul-de-sac de Douglas, s'enclavant dans le petit bassin, exerçant alors sur les organes voisins des phénomènes de compression.

Un fait assez rare est celui de l'inclusion bilatérale. Nous en notons un cas (obs. XXXI), Bardon et Barthélémy.

Signalons encore la particularité où la disposition des kystes était inversée. Condamin (obs. XXIX), le kyste droit dépendant de l'ovaire gauche et inversement.

Enfin, les deux kystes ou un seul se présentent quelquefois associés à d'autres lésions kystiques, ainsi la malade de Chalier (obs. XXXIV) présentant sur un ovaire un kyste dermoïde et un kyste mucoïde. Ces kystes mixtes auraient un certain degré de malignité.

Influence des kystes dermoïdes bilatéraux sur la menstruation et la grossesse.

En 1866, Gallard, dans ses « Leçons cliniques sur les maladies des ovaires » où il examine 169 observations conclut à l'insuffisance des fonctions menstruelles (et les mennorragies sont exceptionnelles, dit-il) confirmant ainsi l'opinion des classiques qui, eux, font entrer l'*aménorrhée* dans la symptômatologie des kystes dermoïdes ovariens; Gallard, il est vrai, ne considère pas spécialement les kystes dermoïdes.

En 1902, Lœwy et Guéniot déclarent : « Un fait intéressant à noter et qui découle de nos observations, c'est que, d'une manière générale, ces femmes *ont été réglées* et que leurs règles ont souvent été normales pendant une période de temps plus ou moins longue. »

Or, la lecture de nos observations nous fait aboutir à cette conclusion que, non seulement les règles persistent, mais deviennent à un certain moment, *plus importantes* que normalement.

Certes, nous relevons quelques cas où des femmes porteuses de kystes dermoïdes ont présenté des règles insuffisantes et où l'influence des tumeurs était manifeste.

La malade de Miller (ob. VII) fut réglée régulièrement et normalement, pour la première fois de sa vie, après l'opération.

Gonzalez (obs. XXII) cite même le cas d'une femme qui présenta une période d'aménorrhée de un an, mais, par la suite, les règles réapparurent, prolongées et abondantes. D'autres malades aussi ont toujours été normalement réglées.

Mais bien plus grand est le nombre des observations où deux, trois ou quatre ans avant de se faire examiner, des perturbations sont apparues. A ce moment, les règles ont commencé à être irrégulières dans leur cycle, avec avances, retards, se répétant deux fois dans le mois. Puis, elles sont devenues douloureuses, en même temps que leur durée se prolonge : 6, 8 même 12 jours (Forraz, obs. XIX), Chalier (obs. XXXIX) pour se transformer chez certaines en pertes continuelles (Tixier, obs. XXXIII), Bardon et Barthélémy (obs. (XXXI) et même en hémorragies assez abondantes pour mettre en danger les jours de la malade (de Rouville, obs. XXXVII).

Il semble qu'à côté des cas classiques où l'amenorrhée devient un élément de diagnostic, il faille individualiser avec de Rouville, une « forme hémorragique » des kystes dermoïdes de l'ovaire.

L'existence de tels troubles, comme nous le montrerons plus loin, entraîne des conséquences importantes au point de vue du diagnostic des kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires.

La possibilité de grossesse chez une femme atteinte de cette double lésion a déjà été depuis longtemps remarquée. Nous relevons dans nos observations de nombreux cas de grossesses multiples. La malade de Vanverts : trois grossesses. Celles de Chalier (obs. XXXIV), Condamin (obs. XXIX), Hue (obs. XIII) : 5 grossesses, celle du Professeur Bégouin : 6 grossesses. Une malade de Gonzalez : 7 grossesses.

Dans plusieurs cas, les malades se trouvaient enceintes au moment de l'opération; celles de Mathews (obs. X) au quatrième mois; Henrotay, au troisième mois; de Char-

bonnel et Costedoat (obs. IV), au quatrième mois; de Miller (obs. VII), six semaines; de Tixier (obs. XXXIII), au septième mois.

Suzanne Lévy, dans sa thèse en 1921 (Contribution à l'étude des kystes bilatéraux des ovaires au cours de la grossesse) conclut que ces kystes sont influencés par la grossesse dans leur développement rapide ou leur transformation maligne, et, inversement, que les kystes bilatéraux ont une répercussion sur elle et sont causes de complications graves, tant pendant le cours de la gestation qu'au moment de l'accouchement. En effet, dans nos observations, nous notons plusieurs cas de fausses couches; quant aux accouchements, ils sont pour la plupart normaux.

Toutefois, certaines grossesses ont pu arriver à terme sans intervention et avec des kystes volumineux, comme dans le cas cité par Tixier, où sa malade accoucha normalement et fut opérée par la suite. Par contre, Purlow (obs. XXXII) nous signale deux accouchements dystociques dus à la présence de kystes dermoïdes bilatéraux.

La bilatéralité n'est donc pas un obstacle à la menstruation ni à la grossesse. Ces faits ont inspiré à certains auteurs des idées fort intéressantes. Condamin, en publiant l'observation XXIX (celle d'une femme ayant eu cinq enfants) se demandait si dans tous les cas où l'on trouve de nombreuses grossesses, les kystes dermoïdes n'ont pas excité les fonctions normales de l'ovaire. Dix ans plus tard, de Rouville, en présence d'une malade dont le symptôme hémorragie était prédominant, reprenait cette idée et l'étendait aux faits de ménorragies et métrorragies nombreuses dans les observations, « et cette excitation par les dermoïdes, dit-il, de la sécrétion externe ovulaire de l'ovaire, je le conçois parfaitement s'exerçant aussi sur la sécrétion interne de cet organe.

Or, cette sécrétion interne dont le substratum anatomique est constitué par les cellules lutéïniques, ne la considérons-nous pas de plus en plus aujourd'hui comme te-

nant sous sa dépendance directe la fonctions menstruelle et comme présidant à la genèse des hémorragies des fibromyomes et aussi de toutes celles que n'explique aucune lésion locale déterminée. Menorragies, métrorragies ne seraient-elles pas les effets de cette excitation de la glande ovarienne endocrine par le néo, déterminant une simple exagération de la fonction menstruelle dans le premier cas, une « ataxie » de cette fonction dans le second ».

Remarquons toutefois que l'examen histologique des pièces extirpées par de Rouville semble peu favorable à cette conception pathogénique. En effet, dans l'ovaire enlevé, le substratum anatomique de la sécrétion interne (corps jaune, cellules interstitielles) était très faiblement représenté. En outre, certains faits cliniques prouvent, au contraire, que des phénomènes d'hypofonctionnement ovarique peuvent se manifester, dus à la présence de kystes dermoïdes des deux ovaires : Labey (obs. VII) et Miller (obs. VIII) voient ces troublent disparaître après l'ablation des deux tumeurs.

Le mécanisme de ces hémorragies et grossesses multiples n'est donc pas tout à fait éclairci, si séduisante que paraisse l'explication de de Rouville.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les symptômes pour lesquels sont venues consulter les malades dont nous citons les observations sont divers : telle personne se plaignait de douleurs abdominales, douleurs continues, douleurs survenant par crises; telle autre voyait ses règles devenir irrégulières, puis plus abondantes jusqu'à présenter des hémorragies; d'autres malades venaient consulter parce qu'elles voyaient leur ventre augmenter de volume ou qu'elles sentaient à travers la paroi abdominale une « grosseur » en même temps qu'elles ressentaient des douleurs, des troubles de la miction et de la défécation.

Un dernier cas est celui de ces malades n'accusant aucun symptôme fonctionnel, telle cette malade sollicitant un examen uniquement parce que, depuis cinq ans de mariage, elle n'avait pas d'enfant, et chez laquelle les signes physiques firent découvrir deux ovaires kystiques.

En présence de tels troubles, le clinicien a rarement découvert la véritable cause. Voyons les diagnostics qui ont été formulés :

Dans le recueil de nos observations, 22 font mention du diagnostic; deux fois seulement le diagnostic fut complet (obs. IX et obs. V); 16 fois nous relevons celui de kystes ovariens, soit d'un côté, soit des deux le plus souvent; cinq fois les kystes ovariens ont été pris pour des fibromes; fibromes utérins, fibromes de la trompe. Une fois nous trouvons le diagnostic d'appendicite chronique. Le diagnostic de kyste tordu est exact le plus souvent. Lœwy et Guéniot citent des cas de confusion avec les pyosalpinx.

Or, il s'agit avant tout de pouvoir affirmer la présence de kystes ovariens; une fois ce point établi, on cherchera à reconnaître sa nature, puis enfin la bilatéralité.

Examinons d'abord les difficultés du diagnostic de kyste de l'ovaire.

Nous venons de voir que la confusion avec le fibrome est assez fréquente et même dans le cas cas où les kystes d'un ou des deux ovaires ont été reconnus, le chirurgien s'attendait à trouver un fibrome utérin à l'intervention.

C'est qu'en effet, et nous l'avons montré dans un chapitre précédent, les pertes rouges, plus ou moins abondantes, font partie de la symptomatologie des deux affections et en présence d'une femme présentant une tumeur abdominale, des ménorragies, des métrorragies, l'on est tenté de penser en premier lieu au fibrome de l'utérus. Dans l'observation de de Rouville, la malade n'avait d'autre symptôme que des hémorragies utérines, ce qui conduisit au diagnostic de fibro-myome utérin; de même, celles de Despine, Forraz.

Quels sont donc les moyens permettant la différenciation ?

Classiquement, on donne comme signes de diagnostic différentiel entre le kyste et le fibrome, d'abord, le fait qu'un kyste est indépendant de l'utérus, alors que le fibrome fait corps avec lui, ensuite qu'il est moins dur de consistance. Mais des difficultés peuvent encore surgir. Dans le cas cité par Bourg, « l'interdépendance d'un des kystes dermoïdes avec l'utérus qu'il avait refoulé en dessous de lui, jointe aux adhérences unissant les deux masses supprimait le premier caractère différentiel; la masse osseuse faisant calotte au kyste supprimait le deuxième ».

Inversement, un fibrome pourra se pédiculiser et présenter les caractères d'une tumeur ovarienne.

La présence d'ascite en cas de kyste ovarique pourrait aider au diagnostic, mais nous n'avons noté aucun cas où l'ascite soit signalée.

Les hémorragies seraient plus souvent douloureuses dans les dermoïdes ovariens que dans les tumeurs utérines.

Or, il importe d'éviter la confusion, car « beaucoup de médecins, maintenant, ne font plus opérer les fibromes qu'ils diagnostiquent dans leur clientèle depuis que les radio et radiumthérapeutes en assurent la guérison. C'est là je crois s'exposer à des erreurs préjudiciables (Bourgs).» On risque, en effet, de laisser ces kystes à leur évolution, et alors, outre les complications qui peuvent survenir (hémorragies, rupture, infection), le traitement, si toutefois on tient à conserver un fragment d'ovaire, pourra s'en ressentir car nous verrons que cette opération est d'autant plus praticable que l'on intervient au plus tôt.

Les kystes dermoïdes ovariques ont été confondus aussi avec les pyosalpinx (Lœwy et Guéniot), surtout lorsqu'ils viennent à s'infecter, à se tordre, à suppurer. D'autre part, en l'absence de phénomènes aigus, le diagnostic est à faire avec les pyosalpinx apyrétiques plus ou moins refroidis.

Dans le cas de gros kyste dépassant les dimensions ordinaires des annexites, la confusion est certainement plus facile à éviter. Mais l'examen des antécédents de la malade permettra de trancher la question, lorsque celle-ci se posera. Il faudra rechercher l'existence d'une notion étiologique antérieure à laquelle on poura rattacher le développement d'inflammation annexielle. L'absence de passé pathologique génital sera en faveur du diagnostic de kyste. Et même, les caractères physiques de la tumeur permettront quelquefois de reconnaître la nature dermoïde du kyste. Le caractère des troubles menstruels (s'ils existent) peut fournir d'utiles indications :

« Les salpingites déterminent de préférence un accroissement des règles et même des métrorragies; les kystes de l'ovaire ne déterminent bien souvent pas de troubles de la menstruation, et lorsqu'il survient des hémorragies, elles se voient le plus souvent chez les femmes qui ne

sont plus réglées; les kystes s'accompagnent moins souvent de ménorragies et donnent lieu aussi souvent à de l'aménorrhée » (Lœwy et Guéniot). Notons que sur ce point l'étude de la menstruation que nous venons de faire, n'apporte pas du tout les mêmes conclusions.

Nous avons souligné, au contraire, la fréquence des troubles menstruels en cas de kystes dermoïdes : règles douloureuses, ménorragies, métrorragies

Autre confusion possible en cas d'hémorragies : durant les cinq premiers mois, la grossesse ectopique présente elle aussi le symptôme de tumeur avec pertes sanguines. Le caractère de pertes, la coexistence de douleurs et de phénomènes péritonéaux, l'augmentation de volume de l'utérus, le ramollissement du col, l'examen des seins, etc., sont autant de signes permettant la différenciation.

Est-il possible de préciser la nature dermoïde d'une tumeur ovarienne ? Les moyens que l'on utilise à l'ordinaire pour déterminer la nature d'une collection quelconque; la palpation, la ponction et la radio peuvent fournir certains renseignements. Mais, disons tout de suite que « la ponction exploratrice, lorsqu'elle ramène des éléments caractéristiques, donne au clinicien une certitude absolue; mais bien qu'elle ait été employée par un certain nombre d'auteurs, nous la rejetons absolument, parce qu'elle ne nous séduit guère, ne nous paraissant pas innocente. » (Lœwy et Guéniot.)

La palpation et le toucher permettent d'apprécier l'irrégularité de la consistance; en un point molle, en un autre dure, le petit volume de la tumeur et la prédilection des kystes dermoïdes pour le cul-de-sac antérieur (Freund).

Pozzi rapporte le cas de Kocher qui avait noté la possibilité de sentir le froissement des cheveux.

Ces différents caractères joints aux signes encore décrits : lenteur d'évolution, douleur, prédominance dans la jeunesse permettent de définir la nature dermoïde d'une tumeur.

Cependant, en s'appuyant sur les traits particuliers que

nous venons de citer, des erreurs ont été commises : Bourg a opéré une personne présentant une tumeur dont les caractères : douleur, consistance, situation antérieure faisaient penser à un kyste dermoïde. A l'opération, le chirurgien s'est trouvé en présence d'un kyste de l'ovaire gauche, banal, à contenu hématique.

Par contre, la radio peut fournir des signes de certitude. Malheureusement, elle ne nous donne des indices que d'une façon tout à fait inconstante. Ou la radio est négative, et alors on n'en peut rien conclure, ou elle est positive et, dans ce cas, l'existence de kyste dermoïde peut être affirmée.

Une radio faite chez la malade présentée par Brun, Cassuto et Jaubert de Baujeu, montrait, se projetant sur les os du bassin « une série d'ombres dont les unes, régulières, correspondaient à des dents, dont les autres, irrégulières, paraissaient traduire des débris osseux ou des productions ostéoïdes ». Ajoutons d'ailleurs que, dans ce cas, la bilatéralité de la lésion échappa aux cliniciens qui avaient porté le diagnostic de kyste dermoïde volumineux développé à droite et à gauche de la ligne médiane.

Dunet présente aussi une radio de kystes dermoïdes bilatéraux où on distingue deux groupes d'images dentifères, à droite et à gauche, et ayant une disposition symétrique par rapport à la ligne médiane. (Bien que la pathogénie ne soit point à sa place ici, citons la remarque de Dunet à propos de la présentation de cette radio : « La symétrie absolue de ces kystes dermoïdes démontrée par la radio nous semble un argument en faveur de la théorie blastomérique qui est la thèse pathogénique la plus en faveur à l'heure actuelle. Il est probable, en effet, que les causes susceptibles d'agir sur la blastula en segmentation sont d'ordre général et non pas simplement local.

Dans ces conditions, il est logique d'admettre que l'isolement blastomérique doit être symétrique, c'est ce que semblent prouver les radio que nous vous présentons. »)

La radio du kyste enlevé par Bourg montrait une calotte osseuse et des dents.

Reste le troisième point du diagnostic, celui de la bilatéralité des kystes. Il faut pour cela arriver à reconnaître deux tumeurs qui soient à la fois distinctes l'une de l'autre et distinctes de l'utérus.

En résumé, dans des cas favorables, le diagnostic de kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires doit pouvoir être fait. Mais pratiquement les divers éléments du diagnostic sont rarement réunis. Il convient d'ailleurs de dire que la précision importe peu pourvu que le diagnostic porté entraîne la laparatomie. Ainsi que l'écrivent Lœwy et Guéniot, les détails de précision du diagnostic ne servent guère qu'à la satisfaction personnelle du clinicien qui est appelé du reste à tirer de l'opération des renseignements plus exacts.

COMPLICATIONS

Il est évident que les complications propres aux kystes dermoïdes ovariques en général peuvent se manifester dans le cas particulier de la bilatéralité.

C'est ainsi que les deux kystes, ou un seul, peuvent subir la dégénérescence cancéreuse, ils peuvent suppurer, et c'est là même, une complication relativement fréquente; mais nous n'en avons pas ici d'exemple.

Par contre, les adhérences sont plusieurs fois signalées. Dans l'observation de Bourg, un des kystes était adhérent au péritoine en avant, aux anses grêles au-dessus, et à la face antérieure de l'utérus, en arrière.

Un accident plus rare est la rupture des kystes et leur ouverture dans un viscère voisin (vessie, utérus, vagin, colon, rectum) ou même à la peau.

Mais il est d'autres complications dont la fréquence est accrue, du fait de la coexistence de deux kystes.

C'est d'abord la torsion; l'on sait que les kystes dermoïdes, de par leur nature, y sont déjà prédisposés. Les traumatismes, les mouvements du corps, favorisent cette torsion, ainsi le cas de la malade de Hue, où un accident de torsion de kyste ovarien survient à la suite d'une sauterie. De l'évidence même, résulte que là où se trouvent deux tumeurs, il y aura une chance de plus de torsion. En outre, deux kystes évoluant côte à côte se gênent mutuellement, et la torsion en est d'autant plus facilitée. Dans beaucoup de nos observations, l'un des kystes était tordu; dans quelques autres, la torsion était bilatérale.

Dans le cas cité par Morestin (obs. XXV), la torsion a

provoqué la rupture du pédicule. Cette rupture pourrait se produire en dehors de toute torsion (André et Michel) par suite de la compression d'un gros kyste sur un autre plus petit.

Dans plusieurs des observations, un des kystes est enclavé dans le petit bassin. L'on comprendra que si l'une des tumeurs, assez volumineuse, se développe déjà dans l'abdomen, l'autre aura tendance à évoluer vers le petit bassin et à s'y enclaver. D'autre part, l'enclavement d'un kyste, peut être le résultat de la pression exercée sur lui par la deuxième tumeur, plus volumineuse.

Un autre accident, signalé par Chalier (obs. XXXIV) est la rétention d'urine. Sa malade présentait une rétention complète datant de dix jours.

André et Michel rapportent encore la rupture de l'un des kystes et la gangrène de l'un d'eux, par compression due à l'autre.

TRAITEMENT

Le traitement idéal d'une lésion quelle qu'elle soit est de guérir celle-ci et ses symptômes et de conserver les fonctions de l'organe atteint.

Or, cette formule peut, dans les cas de kystes dermoïdes bilatéraux, trouver son entière application.

La guérison de la lésion et de ses symptômes se montre toujours d'une absolue nécessité, que la femme soit jeune ou âgée, il faut avant tout la débarrasser de son mal. Par contre, la conservation des fonctions de l'organe ne devient désirable qu'en présence d'une malade encore jeune, en pleine période génitale active. Et, c'est de ce dernier point que nous ferons le but de ce chapitre, dans lequel nous essaierons de voir si dans les cas de kystes dermoïdes bilatéraux ovariens, il est possible d'élargir le champ de ce traitement rationnel qu'est le traitement conservateur.

Signalons tout d'abord l'importante déduction qui découle de la fréquence de ces lésions bilatérales : sans doute, tout chirurgien, en extirpant un ovaire malade, examine toujours l'ovaire opposé; mais, dans le cas particulier de kyste dermoïde, cet examen doit être des plus minutieux. Et, en présence d'une bosselure suspecte, il est indiqué de s'assurer par une incision exploratrice, s'il ne s'agit pas d'un petit kyste dermoïde, et dans l'affirmative, une résection partielle évitera ainsi à la patiente les risques d'une seconde intervenention tardive et les inconvénients d'une castration totale.

Quelles sont les conditions requises pour mettre en pratique un traitement conservateur ?

En premier lieu les fonctions à conserver doivent exister jusqu'au moment de l'opération. Or, ces fonctions jouent, ainsi que le démontrent la persistance des règles et de la gestation, jusqu'au dernier moment. Certaines femmes sont enceintes au moment de l'opération.

La persistance de telles fonctions ne s'explique, on le conçoit, que par l'existence d'un reliquat de tissu ovarien normal. L'on sait, en effet, que le kyste dermoïde ne détruit pas le tissu ovarien, qu'il ne fait que le refouler à sa périphérie et que, histologiquement, le tissu dermoïde est toujours différencié du tissu voisin. Selon l'expression de Potherat, le kyste dermoïde est une tumeur juxta-ovarienne.

Mais cet ovaire ou fragment d'ovaire, que l'on sait pertinemment exister sur le kyste, est-il toujours possible de le déceler ? L'examen microscopique de coupes faites dans la paroi est positif le plus souvent. (Il n'en était cependant pas ainsi dans le cas de Martin où l'examen microscopique d'un kyste dermoïde ne révéla aucune parcelle d'ovaire. Cependant, la porteuse de ce kyste était enceinte à l'opération.) Mais la différenciation du tissu ovarien à l'œil nu est quelquefois difficile, et c'est souvent que l'on rencontrera des kystes dont l'aspect répondra à la description de Vignard (*Gazette médicale de Nantes,* 1909) : « la tumeur paraît s'être complètement substituée à l'ovaire. Nulle part, on ne voit, en effet, de fragment ovarien macroscopiquement distinct, et cependant sur une coupe prélevée à la périphérie on constate nettement la présence d'un ovisac; il est donc probable qu'il existe, refoulés à la périphérie de cette tumeur dermoïde des fragments de tissu ovarien normal, renfermant un certain nombre d'ovisacs ». Dans les cas de Condamin, Chalier, Mac Dowell, aucune parcelle d'ovaire n'était non plus visible.

Il en est d'autres, par contre, où un examen attentif a fait découvrir un morceau d'ovaire distinct de la tumeur. Potherat présente à la Société de Chirurgie de Paris, en

1923, un kyste dermoïde en insistant sur le fait que l'ovaire était étalé à sa surface; sur un des kystes enlevé par de Rouville, l'ovaire gauche a conservé à sa périphérie une coque épaisse de tissu ovarien. Il serait intéressant de connaître la fréquence de ces cas, mais beaucoup d'observations ne donnent pas de précision à ce sujet.

Voici donc un fragment d'ovaire susceptible d'être conservé; or, sa séparation d'avec la tumeur serait très aisée, selon Potherat et Mathews, qui insistent sur l'existence d'un plan de clivage facile à suivre. Et même en dehors de cette ligne de clivage, il serait aussi simple de sculpter un morceau d'ovaire dans la paroi du kyste.

Nous venons d'examiner les possibilités anatomiques de l'opération conservatrice. Etudions-en maintenant son application et ses résultats.

Les premières tentatives de conservation ovarienne sont anciennes. En 1891, Matthaei, le premier, appliqua cette méthode à l'occasion de trois cas de kystes dermoïdes bilatéraux : dans un premier fait, l'ovaire droit était le siège d'un kyste du volume d'une grosse noix, une portion en fut conservée. Deux ans après, la malade accouchait d'un enfant vivant, elle était âgée de 18 ans.

La seconde malade, âgée de 23 ans, traitée de la même façon (la plaie de l'ovaire était refermée par un surjet de catgut) accoucha également un an après. Matthaei cite le cas où Schrœder vit sa valade quinze ans après l'opération, en parfaite santé et depuis mère d'un enfant.

La malade de Terrier accoucha également deux ans après l'opération.

Depuis, quelques opérations de ce genre ont été faites. Elles sont d'un nombre relativement restreint par rapport aux cas où l'ovariotomie fut pratiquée, soit que la résection ovarienne se montra impossible, soit que le chirurgien ne s'en soit point préoccupé.

Trois éventualités peuvent se présenter dans la physionomie des kystes dermoïdes ovariens. La première, où

le kyste de faible volume, laisse un morceau d'ovaire parfaitement visible, à peine déformé par cette petite tumeur qu'il est facile d'énucléer. La seconde où l'examen soigneux de la tumeur n'a point fait découvrir de tissu ovarique. Dans ces deux cas, inutile d'insister sur la conduite à tenir : résection ovarienne dans le premier, ovariotomie dans le second.

Mais là où nous insisterons davantage, c'est dans le cas où les deux kystes sont bien développés, et où, à première vue, l'ovaire n'est plus reconnaissable, semblant avoir été détruit par la tumeur; et dans lesquels l'ablation totale des kystes paraît être la seule solution. Nous citerons comme exemple, le cas de Miller (obs. VII) où l'ovaire gauche présentait deux kystes dermoïdes de 3 cm. et 4 cm. de diamètre; l'extirpation complète de cet ovaire semblait nécessaire ainsi qu'on l'avait fait à l'ovaire droit, cependant, une recherche minutieuse fit découvrir entre les deux kystes une toute petite parcelle d'ovaire qui put être conservée.

On devra donc chercher à reconnaître le tissu ovarien par son aspect blanc grisâtre, soit sur la surface du kyste, soit plus souvent à sa base d'implantation, près du pédicule. « L'isolement du kyste est ensuite très simple, soit que, comme cela se voit souvent, on trouve un plan de clivage, soit même qu'on doive sculpter au bistouri le tissu ovarien sur une épaisseur de deux à trois millimètres environ.

Le seul point un peu délicat parfois, est l'hémostase, elle doit être assurée soigneusement. Plusieurs petits vaisseaux saignent abondamment, leur ligature patiente doit être faite, elle est préférable à la thermocautérisation qui a été autrefois recommandée. Il ne reste plus qu'à suturer par un simple surjet au catgut, les lèvres de cette cupule de tissu ovarien et à refaire ainsi un petit ovaire. (L. Houdard).

Keiffer lui aussi, réussit à décoller par décortication une

bandelette de tissu ovarien sans que le kyste fut lésé, faisant ainsi une énucléation de la tumeur. Cette bandelette ramassée en boule par une suture en bourse ressemblait tout-à-fait à un ovaire normal.

En étalant le pavillon de la trompe sur le moignon ovarien et en l'y fixant par quelques points au catgut on assurera une connexion définitive entre les deux organes. On évitera ainsi que la trompe ne s'égare et contracte des adhérences, ce qui rendrait illusoire l'opération conservatrice

La méthode conservatrice apporte t-elle les résultats que l'on attend d'elle ?

Voici des chiffres :

Sur les 18 cas opérés par le traitement conservateur, toutes les femmes ont été règlées par la suite; 7 ont eu une ou plusieurs grossesses, et, dans un cas il y eut récidive.

La pratique de la chirurgie conservatrice ne semble donc pas présenter des difficultés insurmontables; en tout cas, elle permet d'obtenir souvent de superbes résultats.

Mais avant de conclure sur sa valeur il convient de voir si le procédé ne pêche pas sur certains points.

Deux questions importantes doivent être envisagées : la tumeur est-elle susceptible de récidiver ? Est-elle absolument dénuée de tout caractère malin ?

Les kystes dermoïdes ovariens ont la réputation de tumeurs tout-à-fait bénignes; ne récidivant pas après ablation. Les cas de récidive sont exceptionnels en effet, mais voici un cas signalé par Martin (observation XVIII), où après avoir conservé un fragment d'ovaire apparemment normal, de chaque côté, on dut 10 mois après enlever un nouveau kyste dermoïde développé au dépens d'un des fragments (l'examen histologique des kystes dermoïdes enlevés lors de la première opération révélait que les cellules montraient une tendance à un arrangement atypi-

que; le kyste récidivant était un kyste dermoïde absolument typique, sans aucun signe de malignité).

La question de la dégénérescence maligne est plus importante. Cette transformation cancéreuse des kystes dermoïdes est connue. Lipport, Marshall, Von Franque etc. donnent pour cette fréquence des chiffres variant entre 1 % et 5 %.

En outre, certains auteurs voient dans le seul fait de la bilatéralité un indice de malignité. C'est ainsi que, Beuttner et Kœnig (*Am. J. Obst. Gyn. fév.* 1933) n'hésitent pas à déclarer que dans ces cas il faut pratiquer l'hystérectomie.

Par contre G. Van Smith n'ayant pas rencontré un seul cas de dégénérescence sur 97 kystes dermoïdes ovariens engage vivement au traitement conservateur.

Il est certain que de laisser dans le ventre un tissu envahi par le néoplasme constitue une opération catastrophique, et c'est bien là le point délicat, car il n'est pas aisé de déceler la dégénérescence à son début. Lorsqu'elle se sera établie on reconnaitra un kyste cancéreux à son gros volume (brusquement développé chez une malade âgée) aux adhérences de la tumeur, à l'ascite sanglante, etc.

Martin conseille l'examen systématique, ultérieur, du tissu extirpé pour y rechercher la malignité possible et dans une réponse positive, de recourir à une nouvelle intervention.

Mais nous pensons que l'intérêt de la conservation ne doive point être porté jusque là, et en cas de doute sur la bénignité du kyste, l'ablation doit être faite sans retard.

De ces notions de récidive et de dégénérescence cancéreuse découle une autre difficulté : que l'opération et ses suites aient été normales, tout est parfait, mais qu'une récidive ou même une lésion quelconque des moignons ovariens se produise et nécessite une nouvelle intervention, le chirurgien se voit alors en bute aux reproches de la famille qui vient en rejeter sur lui toutes les responsa-

bilités. C'est là un mode de traitement on ne peut plus « ingrat ».

Finalement toutes ces éventualités sont malgré tout assez rares, et lorsqu'un chirurgien pratique sur une femme jeune atteinte de kyste dermoïde des deux ovaires, le traitement conservateur, sa conduite est justifiée par les bienfaits qui en résultent pour la malade, par la persistance des fonctions menstruelles, et par la continuation de la sécrétion interne de l'ovaire. La castration bilatérale, en effet, n'est pas sans amener de désordres dans l'organisme et c'est aussi une des raisons qui tendent à limiter les cas de la chirurgie mutilatrice aux seuls néoplasmes malins.

Mais il est encore une autre conséquence heureuse de cette opération. C'est la possibilité de grossesse, et l'on peut conclure avec Dieulafé « qu'au moment où l'enfant apparait comme un bien national si précieux, il ne faut rien négliger pour assurer à la femme les chances de maternité ».

OBSERVATION I

Due à l'obligeance du Professeur Guyot

(Clinique gynécologique du Tondu.)

Kyste dermoïde bilatéral des ovaires.

L. J..., 24 ans, tailleuse, entre le 5 novembre 1924 à l'hôpital du Tondu, salle F, lit 13, pour métrorrhagies.

Antécédents héréditaires : Père mort à 45 ans de pleurésie. Mère vivante et bien portante.

Antécédents personels : Pas de maladies de l'enfance. Réglée à 13 ans. Règles toujours peu abondantes, régulières et jamais douloureuses.

Mariée à 19 ans.

Première grossesse voilà quatre ans. Accouchement normal, suites régulières. L'enfant, nourri au sein, meurt à 4 mois et demi de méningite.

Deuxième grossesse voilà trois ans. Suites normales. L'enfant, atteint d'entérite, est trouvé mort dans son berceau à l'âge de 10 mois.

Histoire de la maladie : En mars 1924, suppression des règles. Vers le milieu du mois d'avril, au moment de ses règles, la malade perd du sang, à nouveau, en faible quantité, sans caillots, mais éliminant « un morceau de peau », dit-elle. Un médecin pose le diagnostic de fausse couche. En huit jours tout était terminé sans que la malade se soit même couchée.

Règles normales à la fin du mois de mai 1924. Suppression des règles fin juin.

Dans les premiers jours du mois de juillet, la malade commence à nouveau à perdre du sang. On pense à une nouvelle fausse couche. Ces pertes de sang ne se sont plus arrêtées depuis cette époque et, continuellement, jusqu'au moment de

son opération, elles ont duré. Ce sang perdu n'a jamais été noirâtre, mais bien rouge; il ne contenait pas de caillots. Son abondance était très irrégulière, un jour peu puis l'autre bien davantage. La malade portait constamment une garniture et ne reconaissait plus ses règles.

De plus, la malade avait quelques pertes blanches, mais peu abondantes.

Tout ceci se passa sans aucun autre phénomène pathologique.

Pas de douleurs dans le ventre ni dans les reins.

Pas de phénomènes vésicaux ni digestifs.

Ni fièvre ni vomissements. Pas de crises douloureuses.

La continuité de ces pertes oblige la malade à entrer à l'hôpital le 5 novembre 1924 dans le service du Professeur Guyot, qui l'opéra le 21 novembre 1924.

Examen le 18 *novembre* 1924 : Bon état général. Pas de température. Cependant, aspect un peu fatigué et anémique.

Appareil génital : Rien à l'inspection du ventre.

Au toucher : *vulve* normale non violacée.

Pas de prolapsus apparent.

Vagin normal.

Col en situation normale, gros, mou, entr'ouvert.

Corps utérin, volumineux, mou, déjeté à gauche par une masse annexielle droite séparée de l'utérus par un sillon net.

Cette masse est du volume d'une grosse orange, lisse, régulière, arrondie, indolente. Consistance rénitente non pâteuse. Peu mobilisable. L'utérus se mobilise légèrement sur la tumeur sans l'entraîner.

Annexes gauches : non perçues.

Point appendiculaire légèrement douloureux.

Appareil digestif : normal. Langue bonne. Pas de constipation ni de diarrhée.

Appareil cardio-pulmonaire : normal.

Appareil urinaire : reins non ptosiques.

Analyse d'urine : Urée, 16 gr. par litre; pas d'albumine; glucose, 2 gr. 10. Présence d'urobiline; pas d'acétone.

Système nerveux : normal.

Sang : *formule leucocytaire :* polynucléaires, 53 %; lymphocytes, 28 %; éosinophiles, 4 %; mono-mutilobé, 5 %; mononucléaires, 3 %.

Réaction de B.W. négative.

Diagnostic : En présence de cette tumeur para-utérine, vu sa régularité et son indolence, le Professeur Guyot fait le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Opération le 21 *décembre* 1924.

Opérateur : Professeur Guyot; aide : Docteur Princeteau. Anesthésie au Sleich.

Kyste dermoïde des deux ovaires avec appendicite chronique.

Dès l'incision du ventre, on trouve un utérus un peu gros, mais non déformé; à la palpation, pas de noyaux. En l'attirant en avant on trouve en arrière et sur le côté droit de l'utérus un kyste de l'ovaire qui avait été diagnostiqué par son indolence et la netteté de ses contours. Ce kyste n'est pas inclus. On l'extériorise facilement et on l'enlève en même temps que la trompe correspondante.

On attaque alors le kyste du côté gauche, du volume d'une noix. Comme il s'agit d'une femme jeune, on décide de ne pas pratiquer une hystérectomie, mais un traitement conservateur. Une pointe de feu étant mise dans le kyste gauche, il s'écoule un contenu graisseux caractéristique d'un kyste dermoïde contenant également des poils; on en pratique l'extirpation avec conservation du moignon ovarien.

La trompe de ce côté est intacte.

Suture de l'ovaire en surjet;

Epiplooplastie. Attouchement à l'éther;

Appendicectomie;

Fermeture du ventre par le procédé habituel. Drainage par un drain n° 10.

Durée de l'opération : 35 minutes.

Suites opératoires : Au deuxième jour, on enlève le drain. Léger hématome de la paroi qui disparaît par la suite. Un

peu de bronchite à droite.

Le 25 novembre, bronchite généralisée avec respiration soufflante à droite. Révulsion, huile camphrée potion. Bon état de la plaie abdominale.

Observation II

Due à l'obligeance de M. le Professeur Bégouin.

Kyste dermoïde bilatéral. - Hystérectomie.

Mme C..., 43 ans, entrée le 14 décembre 1931 dans le service de M. le Professeur Bégouin, pour crises douloureuses abdominales et douleurs vésicales.

Le début remonte à trois mois. Elle présentait de temps à autre, tous les quinze jours environ, des crises de colique, de torsion, s'irradiant dans les régions lombaires. Les crises étaient variables mais duraient environ une journée.

Depuis trois semaines sont venus se greffer des troubles de cystites avec pollakiurie, douleurs à la miction, urines troubles et même hématuriques. Pas d'atteinte marquée de l'état général; léger amaigrissement.

..*Antécédents :* Six grossesses, dont cinq à terme avec enfant vivant. La dernière grossesse a eu lieu il y a six ans, elle fut ignorée car la malade tomba enceinte étant nourrice. Elle eut un jour une hémorragie grave, pour laquelle elle fut opérée d'urgence par le docteur Princeteau, qui pratiqua une laparatomie exploratrice.

Le lendemain, expulsion d'un fœtus mort et macéré, suivi d'une infection puerpérale. Depuis cette époque elle est restée avec un ventre douloureux et pertes blanches.

Actuellement, l'examen montre une tumeur péri-ombilicale de la grosseur du poing, mobile et douloureuse. Elle semble reliée à l'utérus par un pédicule.

On hésite entre :

1° kyste de l'ovaire;

2° fibrome pédiculé;

3° kyste du mésentère.

Opération le 18 décembre 1931 par M. le Professeur Bégouin. Anesthésie à l'éther. A l'ouverture du ventre, on voit qu'il s'agit d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit, longuement pédiculé, qui, dans la position Tredlenburg, est allé se loger sous le diaphragme. L'ovaire gauche présente un kyste gros comme une noix.

Hystérectomie subtotale, appendicectomie.

Suites : d'abord normales. Le dixième jour, température à 37°5, 38°, avec coliques violentes, un vomissement, météorisme. On sent à la partie supérieure de l'incision et à gauche, une masse indurée et douloureuse. Glace.

Le 3 janvier, intervention par le Docteur Dubourg. On incise parallèlement à l'incision précédente, en haut et à gauche. Rien dans la paroi. Ouverture du péritoine et agrandissement de l'incision. Sang liquide et caillots abondants, Mickulitz à la partie inférieure. Suture de la paroi en un plan au fil de bronze. Sphacèle partiel de la paroi. Pansement au Dakin. La plaie se ferme peu à peu. Exeat le 1er mars 1931. La plaie n'est pas complètement cicatrisée.

Observation III

due à l'obligeance de M. le Professeur Loubat.

Kystes dermoïdes bilatéraux chez une jeune femme.

Ovariotomie double.

Mme X...., 18 ans, domestique, consulte son médecin en 1923 pour les douleurs intermittentes de l'abdomen et de la gêne dans la miction. Celui-ci constate la présence d'une tumeur abdominale.

Mariée depuis un an, la malade n'a pas eu de grossesse. Depuis deux mois, elle ressent des sensations désagréables dans le bas-ventre, siégeant dans l'hypogastre et la fosse iliaque droite et s'irradiant dans le bas des reins; il s'agit plutôt d'une gêne que d'une véritable douleur. Réglée depuis 14 ans, ses règles seraient un peu plus abondantes depuis quelques mois.

Ce qui l'a surtout inquiétée, c'est la fréquence des mictions, les besoins d'uriner sont devenus très rapprochés, surtout en position debout, mais la miction est indolore.

A l'examen, on constate la présence d'une tumeur du volume de deux poings, occupant le bassin, refoulant vers le bas l'utérus qui en paraît indépendant. La tumeur est arrondie, lisse, régulière, indolore, de consistance élastique. On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire.

A l'opération, le 28 février 1923, on constate l'existence d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit, du volume de deux poings environ, avec pédicule à demi-tordu et également la présence d'un kyste dermoïde du volume d'un gros œuf de dinde au niveau de l'ovaire gauche.

Double ovariotomie, appendicectomie.

La guérison s'est faite très simplement, mais bien que l'utérus ait été laissé en place, il n'y a plus eu de menstruation. La jeune femme a présenté les troubles de la ménopause chirurgicale et a dû être traitée ultérieurement par l'opothérapie ovarienne. Actuellement, onze ans après ,elle jouit d'une bonne santé.

OFSERVATION *IV*

Charbonnel et Costedoat.

Gros kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires, l'un inclus l'autre pelvien, avec grossesse au 4e mois et fibrome utérin.

Mme X..., 39 ans, mariée depuis cinq ans, sans enfants, bien réglée habituellement, a eu deux crises douloureuses abdominales assez violentes du côté de la fosse iliaque droite. Elle a eu ses dernières règles le 7 octobre 1924.

Depuis, son abdomen, qui était déjà assez gros, a augmenté de volume. Elle a ressenti un peu de gêne, de pesanteur, mais elle n'a pas eu à proprement parler de crises aussi doulou-

reuses qu'antérieurement. Elle est un peu constipée, n'a pas les jambes enflées, n'est pas gênée pour uriner.

Quand nous la voyons, au début de février 1925, nous constatons une grosse tuméfaction de la partie inférieure de l'abdomen, en forme de cœur de carte à jouer.

Il y a comme deux masses séparées par une échancrure supérieure. L'une des masses, la droite, est relativement dure, grosse comme un œuf d'autruche, immobile et un peu sensible. L'autre, la gauche, plus grosse, mollasse, sans contractions est flanquée dans le flanc gauche de deux petites tumeurs, très dures, ballottantes, assez superficielles.

Toucher : cul-de-sac postérieur rempli par une masse rénittente, bosselée, et complètement bloquée. Col normal. La mobilisation des tumeurs abdominales ne transmet que de légers mouvements au col et pas du tout à la grosseur du cul-de-sac postérieur, et réciproquement. Pas d'ascite. Rien par ailleurs. Radio négative.

Diagnostic : fibrome et kyste de l'ovaire avec grossesse probable.

A l'ouverture de l'abdomen, sous un voile d'adhérences épiploïques inflammatoires, à gauche et en avant, une grosse masse vite reconnue pour être l'utérus gravide, et, collée au flanc droit de cet utérus, sans ligne de démarcation nette, au milieu d'adhérences et en partie entre les feuillets du ligament large, droit une tumeur blanchâtre fluctuante.

Il ne faut pas songer à la séparer directement par en haut de l'utérus. En inclinant un peu en avant cet utérus, on voit sur sa face postérieure près du fond, ces deux fibromes sous-péritonéaux sessiles qui sont les corps durs et mobiles qu'on trouvait à l'examen clinique.

La trompe gauche croise en bandoulière la face postérieure de l'utérus et va adhérer du côté opposé, à droite dans le bassin.

A bout de doigt, on peut sentir maintenant dans le pelvis, la tumeur qu'on savait s'y trouver : elle est bloquée en arrière de l'isthme qu'elle repousse en avant.

L'état des kystes est tel que l'intervention radicale est seule pratiquable.

Observation V

due à l'obligeance du Docteur Jean Villar.

(Service de Clinique Gynécologique).

Kystes dermoïdes des deux ovaires. - Hystérectomie.

M^me^ X..., 34 ans, vient à la consultation de l'hôpital Boursier en juillet 1929, où M^lle^ le Docteur Dubreuilh la montre au Docteur Jean Villar, remplaçant le Professeur Guyot.

Cette femme a toujours été bien réglée. Aucun antécédent pathologique.

A l'*examen :* on trouve une collection kystique, fluctuante, rétro-utérine, remplissant le Douglas, avec un point très dur, et à gauche on trouve une seconde tumeur plus petite, arrondie et également fluctuante.

On porte le *diagnostic* probable, vu l'âge de la femme, les signes physiques, la bilatéralité, le point très dur, de kyste dermoïde double de l'ovaire, de nature peut-être dermoïde.

L'*opération* faite dans le service quelques jours plus tard montre l'existence d'un double kyste de l'ovaire, dermoïde des deux côtés.

Hystérectomie subtotale, à la Chaput (colo-vésicale). Drain dans le Douglas.

Fermeture en trois plans.

Guérison normale.

Observations VI.

Kystes dermoïdes des ovaires. - Conservation de tissu ovarien. - Grossesse consécutive.

Houdard

Jeune fille 21 ans. Depuis quelques mois ressent des douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs sont parfois très vives, par crises, durant plusieurs heures.

Pas d'autres signes fonctionnels ni signes généraux.

A la palpation : à droite, tumeur arrondie, dépassant un peu le pubis, du volume du poing.

Cette tumeur est parfois plus perceptible : elle est alors sentie presque sur la ligne médiane, à l'hypogastre, et on note alors qu'elle est très mobile. D'après la malade, elle augmente actuellement de volume depuis que les crises douloureuses sont plus fréquentes.

Le toucher vaginal est impossible. Au toucher rectal : tumeur arrondie, régulière, douloureuse.

Diagnostic de kyste de l'ovaire avec torsion.

A l'intervention : kyste de l'ovaire droit, comme une grosse orange avec un long pédicule.

Kyste de l'ovaire gauche enclavé dans le petit bassin un peu plus volumineux.

A gauche, aucune conservation n'étant possible, on enlève en bloc trompe et kyste.

A droite, par contre, dans la région d'implantation du kyste, sur son pédicule, on trouve un peu de tissu grisâtre, qui semble bien être du tissu ovarien. Après incision circulaire à la base du kyste, on sculpte sur la paroi du kyste des fragments de tissu ovarien et on trouve même un plan de clivage qui permet de décoller et d'extirper le kyste. Hémostase de petits vaisseaux, qui saignent abondamment, puis par un petit surjet au catgut rapprochement des bords de cette cupule de tissu ovarien. On a reconstitué ainsi un ovaire en miniature à

peine plus gros qu'un haricot, qu'on fixe au pavillon de la trompe.

L'examen des pièces montre qu'il s'agit de kystes dermoïdes.

Suites : les règles réapparaissent trois semaines après l'opération et avec leur abondance normale. Dans les mois qui suivent, elles sont un peu irrégulières, plus fréquentes que normalement. Puis elles reprennent leur régularité au cours des années suivantes. Trois ans après l'opération, la malade se marie et commence presque aussitôt une *grossesse*. Elle accouche normalement en août 1926.

Observations VII, VIII, IX.

Miller

Kystes dermoïdes des deux ovaires. - Conservation d'ovaire. Menstruation normale par la suite.

1° Une jeune fiemme de 20 ans, à six semaines de grossesse, a eu une crise douloureuse du côté droit.

Diagnostic de grossesse et de torsion de kyste ovarien.

A l'opération : l'ovaire droit portait un kyste dermoïde de la grosseur du poing et devait être enlevé entièrement.

Le corps jaune de l'ovaire gauche se trouvait situé entre deux kystes dermoïdes de 3 à 4 centimètres de diamètre.

A première vue, l'extirpation complète de l'ovaire gauche semblait nécessaire, mais les kystes furent soigneusement énuclés, suturant la tranche de tissu ovarien au corps jaune.

La patiente accoucha à terme normalement et *eut par la suite des règles régulières.*

2° Une jeune femme de 21 ans, fut opérée pour tumeur abdominale **bilatérale.**

Un ovaire contenait quatre kystes dermoïdes et fut entièrement enlevé.

Dans l'autre, le corps jaune était situé entre deux kystes dermoïdes, qui furent enucléés, comme dans le cas précédent.

Cette jeune femme *eut des règles régulières par la suite.*

3° Une malade âgée de 24 ans, avait toujours été irrégulièrement réglée, peu souvent, en petite quantité.

La présence d'une masse située dans le cul-de-sac antérieur et la nature des symptômes fit penser à une tumeur pelvienne. La situation antérieure de cette tumeur fit présumer de sa nature dermoïde.

L'opération révéla la présence de deux kystes dermoïdes.

La malade fut traitée par le procédé conservateur, et elle est *maintenant réglée régulièrement* pour la première fois de sa vie.

Observations X, XI, XII.

Mathews.

Kystes dermoïdes bilatéraux. - Conservation d'ovaires.

1° Femme de 43 ans n'ayant pas eu de grossesse.

L'ovaire droit était le siège d'un gros kyste dermoïde, et le gauche portait aussi un kyste dermoïde de 3 centimètres de diamètre.

En les enlevant, un ovaire fut laissé, normal de dimension et d'apparence.

La malade fut très heureuse de savoir que ses ovaires n'avaient point été enlevés. La menstruation continua régulièrement pendant cinq ans après l'opération et fut suivie d'une ménopause normale.

2° Au moment de l'opération, la malade était au milieu de sa première grossesse.

Les kystes provoquaient des douleurs telles et étaient de tel volume qu'on jugea l'opération imminente.

Les kystes furent énucléés, mais cette opération laissa les ovaires aplatis. Des sutures convenablement faites rétablirent la grosseur de l'ovaire.

Quoique le corps jaune de la grossesse fut enlevé, la grossesse continua et se termina par un accouchement normal à terme.

Les règles continuent avec tendance à être profuses les deux premières années.

Pas d'autre grossesse à la suite.

3° Une jeune femme de 24 ans, six mois après la naissance de son unique enfant, accuse des troubles tels que le diagnostic de kyste ovarien est posé.

La laparotomie fait découvrir des kystes dermoïdes de chaque ovaire, gros comme un citron.

Une énucléation bilatérale fut faite et la plaie ovarienne suturée. Convalescence normale, Menstruation normale à la suite.

4° Femme de 24 ans.

Dernières règles . 12 août 1922. Opération 14 octobre de la même année.

De l'ovaire gauche, un kyste dermoïde de 14 centimètres de diamètre fut enlevé. L'ovaire droit contenait deux kystes dermoïdes de 8 centimètres et 3 centimètres de diamètre. Le corps jaune de la grossesse fut enlevé avec les kystes. La malade accoucha à terme, normalement.

OBSERVATION XIII.

Hue

Kystes dermoïdes des deux ovaires.

Conservation de fragment ovarien.

Mme D..., 26 ans, mal réglée jusqu'à son mariage, qui eut lieu à 21 ans, a eu cinq grossesses en cinq ans, dont trois à terme et deux avortements. Depuis l'âge de 22 ans elle souffre du ventre.

A l'examen, l'abdomen présente le volume d'une grossesse de six mois. On sent une tumeur divisée en deux loges, remon-

tant un peu au-dessus de l'ombilic, tumeur arrondie, vaguement fluctuante.

Les règles ont reparu six mois après le dernier accouchement, alors qu'elle avait cessé l'allaitement depuis un mois, abondantes, durant six jours.

On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire.

A l'opération, on trouve deux kystes des deux ovaires, dont un très gros, pesant 5 kilogrammes, à gauche, contenant matières sébacées, cheveux.

Conservation de débris d'ovaire à droite.

Après l'opération, les règles reviennent régulières.

Cinq ans et demi après, la malade jouit d'une parfaite santé.

Observation XIV.

H. Keiffer.

Opération de kyste dermoïde bilatéral, avec conservation de tissu ovarien.

Femme impare de 32 ans. Diagnostic posé : kyste multiloculaire de l'ovaire ou des ovaires.

La laparatomie permit d'extraire facilement un premier kyste non adhérent, du volume d'une tête de fœtus aplatie. La trompe était normale. Ad moment de l'exérèse, on constate que l'ovaire qui avait donné naissance à la tumeur n'avait pas participé entièrement au développement néoplasique; il en restait une longue bandelette de 2 centimètres de large et de 4 centimètres de long, au niveau du hile ovarien. Cette disposition permit de tenter le décollement du kyste par décortication. Il était en effet recouvert d'une sorte de membrane péritonéale comme les kystes du parovarium.

Cette manœuvre réussit parfaitement, sans que le kyste fut lésé. Il fut en réalité énucléé.

On put alors réséquer ce qu'il y avait de membrane périkystique en excès et conserver une bonne languette de tissu

ovarien, qui fut ramassé en forme de petite sphère par une suture en bourse. Cette manœuvre terminée, l'annexe opérée ressemblait tout à fait à une annexe normale, portant le corps jaune de la dernière menstruation.

Cela fait, on pratiqua l'extraction du kyste, en tout semblable, du côté opposé. Là aussi, une bandelette de tissu ovarien actif permit l'application du même procédé.

L'opération terminée, utérus et annexes se mirent en position symétrique, donnant l'impression d'un appareil génital intégral.

Les menstruations qui suivirent furent en tous points normales, comme dates et durée. La perte sanguine post-opératoire à laquelle il fallait s'attendre, apparut le troisième jour.

La composition intérieure de ces kystes dermoïdes était une purée de matières sébacées avec tissus pileux, sans vestiges de tissus maxillaires. La membrane périkystisue fut examinée et se révéla comme étant composée de tissu ovigène.

Observations XV, XVI, XVII.

Trois cas de conservation de tissu ovarien, cités par Houdard

---

1° Une jeune femme de 26 ans fut adressée au chirurgien pour appendicite chronique.

Celui-ci fait le diagnostic de kyste de l'ovaire droit, mais l'ovaire gauche était volumineux, jaunâtre, tendu. Ponction. Par l'orifice sort un poil. Pour tenter la conservation, l'ovaire est fendu dans sa longueur, sur son bord convexe, et un kyste dermoïde du volume d'une grosse noisette est énucléé. Section de la tranche ovarique.

Or, cette jeune femme, qui présentait des symptômes d'hypofonctionement ovarique (règles peu abondantes, embonpoint) et qui, mariée depuis trois ans, n'avait jamais eu de grossesse, a vu diminuer les phénomènes d'hypovarie et *a eu depuis deux beaux enfants.*

2° Baumgartner signale deux cas dans lesquels il n'a laissé

de chaque côté qu'une très mince bandelette ovarienne, après résection pour kyste bilatéral. *Ces deux malades étaient enceintes.*

3° Pierre Mocquot a opéré une jeune femme, qui avait de chaque côté un kyste dermoïde.

D'un côté, le kyste était volumineux, l'ovaire fut enlevé en totalité avec lui; mais de l'autre, il n'y avait qu'un petit kyste qu'il a énucléé en conservant une portion de l'ovaire.

Par la suite, *la malade* a continué à avoir ses *règles normalement.*

Elle n'a pas eu de grossesse.

Observation XVIII.

Martin

Traitement conservateur des kystes dermoïdes ovariens. Récidive.

Une jeune femme en bonne santé, mère d'un enfant, opérée pour troubles ovariens.

On trouve les deux ovaires augmentés de volume et contenant chacun un petit kyste dermoïde du type usuel. En plus, il y avait plusieurs kystes séreux.

Comme la malade tenait à ce que les fonctions ovariennes soient conservés, les deux kystes dermoïdes furent extirpés, les kystes séreux évacués et leur paroi enlevée.

Il restait ainsi une portion d'ovaire apparemment normal à gauche et un peu moins à droite.

Convalescence sans incidents.

L'examen microscopique des kystes dermoïdes montra un certain caractère de malignité : cellules très nombreuses, tendance à arrangement à typique.

Après consultation avec la malade et son mari, elle préféra courir le risque possible d'une évolution avec délai plutôt que de se soumettre à une autre opération immédiate, qui nécessiterait peut-être une stérilisation injustifiée.

Environ dix mois après, elle fut obligée de subir une deuxième opération pour augmentation de volume de l'ovaire droit. C'était un kyste dermoïde typique.

Observation XIX.

Forraz.

Kystes dermoïdes bilatéraux.

Malade de 52 ans. Une seule grossesse, il y a 26 ans. Il y a onze ans qu'elle portait un pessaire pour prolapsus utérin. Jusqu'à l'année dernière, époque de la ménopause, elle n'a présenté aucun trouble menstruel, sauf il y a cinq ans, où elle eut pendant douze jours des *pertes abondantes,* qui firent porter le diagnostic de fibrome.

Depuis deux mois, elle a eu quelques crises douloureuses légères avec sensation de tiraillement et de pesanteur. Son pessaire ne pouvait rester en place. C'est alors qu'elle est entrée dans le service où on a constaté :

Un prolapsus utérin avec cystocèle, dans le cul-de-sac postérieur une petite masse arrondie et mobile, qui fit faire le diagnostic de petit *fibrome* de la paroi postérieure.

Le 20 mai, l'intervention est pratiquée.

Hystérectomie subtotale. On trouve dans le Douglas une tumeur du volume du poing entièrement libre d'adhérences; c'est l'ovaire droit kystique.

Quant à l'ovaire gauche, il est fortement adhérent, et on doit disséquer le mésorectum pour l'enlever.

L'existence de ces adhérences, les douleurs légères et l'aspect de l'ovaire droit font songer à un kyste dermoïde. En effet, la coupe montre des pelotons de cheveux bien développés.

Observation XX.

Estor et Sicard.

Un cas de kyste dermoïde double de l'ovaire.

Femme de 25 ans, Nullipare. Réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans, sauf en mars 1923, et vue en avril de la même année.

Il y a trois mois environ, son ventre a commencé à grossir. A l'examen, le 24 avril, on trouve dans toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen, et en particulier du côté gauche une tumeur dure, bosselée, douloureuse à la pression, de surface très irrégulière, assez mobile et paraissant faire corps avec l'utérus.

Diagnostic de *fibrome*.

A l'intervention : deux kystes dermoïdes des ovaires.

Le kyste gauche est composé de trois lobes ayant chacun le volume du poing, la tumeur droite est beaucoup plus petite.

Observation XXI.

Thèse Despine, 1905.

M^me^ X..., 47 ans. N'a jamais été malade. Pas d'enfant, pas de pertes. Depuis trois ans, la malade éprouve dans le bas-ventre des douleurs qu'elle compare à des coliques. Ces douleurs s'irradient à l'anus et au périnée.

La miction et la défécation sont douloureuses, ténesme vésical, pollakiurie.

Depuis six mois, les règles sont plus abondantes et durent plus longtemps qu'auparavent.

On pense à un fibrome utérin enclavé dans le petit bassin.

Opération : laparotomie. Double kyste dermoïde ovarien. Ovarosalpingectomie double. Guérison.

Observation XXII.

Gonzalez.

Femme de 50 ans. Mariée. Réglée à 11 ans normalement. Puis, plus tard, période d'aménorrhée de un an, puis réapparition des règles avec douleurs et abondance (7 jours). Pas de métrorragies.

Sept accouchements normaux.

Ménopausée à 50 ans, mais il y a un an les règles étaient irrégulières. Ni douleurs, ni pertes, ni fièvre.

A l'examen : tumeur kystique de la fosse iliaque droite, non douloureuse et mobile.

A l'intervention : deux kystes dermoïdes des ovaires.

Ablation de ces kystes.

Observation XXIII.

Falsia et Viggiano.

---

37 ans, mariée, réglée à 11 ans normalement. Avortement à 19 ans, spontané de 4 mois, deux accouchements normaux, puis une fausse couche de trois mois.

Un an et demi après une fausse couche de deux jumeaux. La malade, qui pesait 90 kilos, en a maigri de 20.

Depuis deux ans, règles en avance. Le 10 octobre dernier, *métrorragies* abondantes, qui la font consulter.

L'examen montre les annexes grosses comme une mandarine, peu douloureuses.

A l'intervention, l'ovaire droit est du volume d'une mandarine, l'ovaire gauche du volume du poing.

Dans les deux kystes existait une petite portion de *tissu ovarien.*

Ablation des kystes.

Observation XXIV.

Mac Dowell.

Jeune fille de 15 ans, réglée à 14 ans, consulte pour douleurs dans le bas-ventre, du côté droit, accompagnées de nausées et de vomissements.

L'examen montre une tumeur de la fosse iliaque droite.

La palpation est douloureuse dans la fosse iliaque droite avec un maximum au point de Mac Burney. Pas d'exploration par le vagin ni par le rectum.

Opération : appendicectomie; deux kystes des deux ovaires de 6 centimètres et 4 centimètres de diamètre. On tenta de les énucléer et de laisser un peu de tissu ovarien, mais devant cette impossibilité, on fut obligé de tout enlever.

L'appendice était gangreneux et les deux kystes contenaient matières sébacées, cheveux, peau, dents.

Observation XXV.

Morestin.

Kyste dermoïde des deux ovaires. - Ovariotomie double.

M^me^ X..., 28 ans, consulte parce que, mariée depuis plusieurs années, elle n'a pas d'enfant Pas de troubles menstruels, ni douleurs.

L'examen révèle une tumeur abdominale ne présentant aucune mobilité.

Au toucher, le cul-de-sac postérieur est soulevé par une tumeur bombant vers le vagin, fluctuante.

Exploration indolore.

Diagnostic de kyste de l'ovaire gauche.

A la laparotomie, la tumeur que l'on sentait à gauche appartenait à l'ovaire droit et était représentée par un gros kyste offrant plusieurs bosselures.

L'ovaire gauche était lui-même le siège d'un kyste, mais ce kyste, à la suite d'une torsion survenue autrefois, s'était *séparé* de la matrice, à laquelle il n'était plus relié que par la trompe, qui, considérablement étirée lui adhérait encore par son extrémité oblitérée. Ce kyste, gros comme un œuf d'oie, était appendu au grand épiploon, auquel il s'était greffé.

Ovariotomie double.

Les deux kystes sont dermoïdes (le droit fait de cinq poches distinctes); contenu : matières sébacées, cheveux, dents.

Observation XXVI.

Deleze.

M^me^ F... consulte pour douleurs dans le bas-ventre, depuis deux ans. Réglée à 16 ans, irrégulièrement, règles durant trois jours et abondantes. Mariée à 20 ans.

Depuis deux ans, la malade souffre pour uriner et les mictions sont impérieuses. Pas d'autre trouble de la menstruation. Le ventre grossit jusqu'à égaler le volume d'une grossesse de huit mois.

L'examen fait pressentir la présence de deux kystes ovariques, dont l'un présente une évolution abdominale, et l'autre plus petit, est pelvien; ce dernier bloquant l'utérus contre la vessie.

A l'intervention : kyste abdominal de 820 gr. à l'ovaire gauche.

A droite : kyste enclavé dans le petit bassin.

Ablation des kystes, qui contenaient matières sébacées, cheveux.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXVII.

Péraire.

Une jeune femme de 30 ans, est envoyée à l'hôpital par son médecin, avec le diagnostic de *fibrome utérin* et *salpingite* gauche concomitante.

Elle portait une énorme tumeur très dure dans le flanc droit avec un prolongement proéminant dans le cul-de-sac latéral gauche, le tout effaçant le Douglas et, comme consistance, d'une dureté excessive.

Le développement considérable de ces tumeurs s'était produit il y a six mois, à la suite d'une chute. Aucun passé utérin.

Opération : deux kystes ovariens dermoïdes.

Le droit offrant le volume d'une tête d'adulte; le gauche, celui de deux oranges.

Hystérectomie totale.

OBSERVATION XXVIII.

Haller.

M^me^ M..., 55 ans, consulte pour une tumeur abdominale à point de départ pelvien. L'histoire de la maladie et l'examen de la maladie permettent de faire le diagnostic de kyste de l'ovaire en voie de torsion et non pas de *fibrome*, comme la malade le pensait.

L'opération montre un kyste ovarien gauche du volume d'un gros poing, en torsion de 1/4 de tour sur son pédicule, contenant poils, dents, sébum.

Et un kyste ovarien droit du volume d'une noix, également dermoïde.

OBSERVATIONS XXIX, XXX

Condamin.

Kystes dermoïdes des deux ovaires. - Transposition du côté des deux kystes.

1° Mme R..., 36 ans, hospitalisée pour des douleurs qu'elle éprouve depuis quelques temps dans le bas-ventre, fut normalement réglée jusqu'à 34 ans. Puis les règles sont devenues douloureuses et durent huit jours.

Leucorrhée légère. Elle eut cinq accouchements normaux et à terme. Le dernier, récent, s'est accompagné de fièvre puerpérale et de péritonite et, depuis cette époque, la malade a eu à plusieurs reprises des douleurs assez vives dans le bas-ventre, prédominantes à droite et dans la région lombaire.

Il y a dix jours, les douleurs se sont exaspérées avec vomissements.

A l'examen : tumeur à droite de la grosseur du poing, douloureuse.

A gauche : petite masse que l'on croit être un lobe de la masse droite.

Diagnostic de kyste à développement intra-ligamenteux ou ayant subi la torsion de son pédicule.

A l'intervention on tombe sur deux kystes dermoïdes, l'un à droite, le plus volumineux, l'autre à gauche.

Celui de droite est en réalité un kyste de l'ovaire gauche à pédicule très long, plusieurs fois tordu sur lui-même.

Le deuxième kyste, situé à gauche, est en réalité le droit, long pédicule tordu.

Les deux kystes sont uniloculaires et on ne trouve rien à la surface qui rappelle le tissu ovarien.

Double kyste dermoïde chez une multipare.

2° Jeune femme mariée depuis sept ou huit ans, a eu cinq enfants. Le dernier accouchement remonte à onze mois.

Elle fut opérée il y a cinq ou six jours pour tumeur des deux ovaires. Il s'agissait de deux kystes dermoïdes et en examinant la surface lisse de ces kystes, *on ne trouvait rien qui put faire penser à des fragments d'ovaire.*

La sage-femme qui l'a soignée avait constaté deux grosseurs du côté de l'utérus lors de son avant-dernier accouchement.

Observation XXXI

Bardon et Barthélémy.

Kystes dermoïdes bilatéraux avec inclusion bilatérale.

Femme 48 ans, lingère, opérée le 20 octobre 1928.

Cette femme, nullipare, n'avait présenté aucun antécédent pathologique du côté de son appareil génital, jusqu'au mois de septembre de cette année où elle a été réglée deux fois dans le même mois et chaque fois avec de violentes douleurs. En même temps apparaissent pour la première fois des pertes blanches, abondantes, dans l'intervalle des pertes rouges. La malade a maigri de trois kilos en deux mois.

A l'examen on trouve le col, à bout de doigt, très haut et très antérieur, et, en arrière, une tumeur volumineuse bilobulée, dure, immobile, comprimant tous les organes du pelvis, donnant la sensation de ressembler par sa forme à un cœur renversé de carte à jouer.

Hystérectomie le 20 octobre. Il s'agit de deux kystes dermoïdes du volume d'une orange, inclus tous les deux, et situés en arrière de l'utérus. L'utérus est placé entre eux comme une clef de voûte. Son fond a été attiré vers le bas entre les deux kystes, cependant que le col était retourné vers le haut. Il en est résulté une rétroflexion très marquée.

Observation XXXII

Purlow.

Double kyste dermoïde des ovaires. - Dystocies.

Femme ayant eu deux accouchements. Lors du premier, en 1903, le passage du fœtus fut gêné par une tumeur située dans le cul-de-sac de Douglas. Conseillée de venir à l'hôpital après l'accouchement pour se faire opérer, elle s'y refusa. En 1906, nouvel accouchement, avec le même obstacle. Comme la première fois, en repoussant la tumeur, on peut extraire l'enfant. Elle refuse encore l'opération après l'accouchement.

En 1909, elle se décide à se faire opérer car depuis le dernier accouchement elle est sujette à des crises douloureuses abdominales et à des vomissements qui la gardent au lit trois ou quatre jours. L'abdomen avait grossi.

L'opération montre deux kystes dermoïdes des deux ovaires.

Observation XXXIII

Tixier.

Double kyste dermoïde de l'ovaire.

Une femme de 35 ans entre, le 20 janvier, pour tumeur abdominale. A un enfant de neuf ans.

Elle s'est aperçue que son ventre grossissait, il y a deux ans. A ce moment, elle aurait eu à plusieurs reprises des pertes rouges abondantes. Jusqu'au mois de juin dernier, elle ne

s'est guère inquiétée d'une tumeur qui paraissait stationnaire; mais, depuis cette époque, elle la voit grossir régulièrement. Cette augmentation de volume de la tumeur a coïncidé avec la disparition des règles. Il n'y a pas d'autre signe de grossesse.

A l'examen, l'utérus, utérus gravide au septième mois, est repoussé à droite par une masse volumineuse, présentant nettement le phénomène du flot. Il s'agit de kyste de l'ovaire.

Etant donnée la situation élevée du kyste, le docteur Voron, consulté, juge inutile une intervention quelconque, et c'est en effet, de façon très simple que la malade accoucha, le 20 février, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, d'un enfant actuellement bien portant.

Retournée dans le service du docteur Tixier, elle a été opérée le 9 mars.

Le kyste gauche, le seul diagnostiqué, est constitué par une énorme poche contenant du liquide mucoïde. Sur les côtés de cette poche, on découvre, englobée dans la masse principale, une petite tumeur du volume d'une orange, de consistance pâteuse. L'incision montre que c'est un kyste dermoïde.

Un second kyste, droit, est également dermoïde, de la grosseur d'une orange. Ablation des deux kystes.

Observation XXXIV

Chalier.

Kystes dermoïdes des deux ovaires avec torsion de leurs pédicules et avec rétention d'urine complète datant de 10 jours.

Femme de 42 ans, issue d'une mère tuberculeuse et considérée elle-même comme telle, fut prise, il y a quinze ans, de violentes douleurs de reins avec vomissements verdâtres et bi-

lieux, diagnostiquées coliques néphrétiques. Ni à cette époque, ni depuis, elle ne fut gênée pour uriner et ne constata jamais rien d'anormal dans ses urines.

Depuis deux ans, la malade ressentait par moments de la pesanteur périnéale et se savait atteinte d'un léger prolapsus génital, quand elle fut prise, assez brusquement, le 20 août 1913, de douleurs vives dans le bas-ventre avec envie fréquente d'aller à la selle et impossibilité d'uriner. Pas de vomissements.

Elle resta ainsi plusieurs jours sans uriner, puis eut des évacuations involontaires (miction par regorgement) et arrivait parfois à uriner en appuyant elle-même sur sa vessie au moyen de deux doigts introduits dans le vagin.

Quand la malade entra à l'Hôtel-Dieu, elle avait une rétention d'urine complète (1 litre ½) obtenu par cathétérisme), ventre moyennement ballonné; température 38°2.

Au toucher : grosse masse kystique dans le Douglas, col utérin imperceptible, basculé qu'il était en avant et en haut, sous la symphyse.

Cette femme, réglée à 15 ans, se maria à 15 ans ½. Elle eut cinq grossesses, dont deux fausses couches à trois mois il y a quinze ans et à six mois il y a trois ans.

Ses règles ont été à peu près normales jusqu'à la veille même de l'opération, mais ne se sont effectuées de façon très régulière qu'à la suite de la troisième grossesse, soit après vingt-cinq ans et qui duraient dix jours, ne survenant que toutes les six semaines.

Opération 1er septembre 1913. La laparatomie montre une vessie énorme, hypertrophiée. Le pelvis est rempli par des tumeurs annexuelles tordues sur leur pédicule de un tour et demi, et dont la plus petite, la droite, est appliquée contre le Douglas, par la tumeur gauche. Utérus de volume normal. Hystérectomie subtotale.

Suites normales : dès le soir de l'opération, la miction se fit spontanément.

Examen des pièces : à gauche, kystes dermoïdes (cheveux,

matières sébacées) et kystes mucoïdes.

A droite : Un kyste dermoïde du volume du poing (cheveux).

Aucune trace d'ovaire visible à l'œil nu.

Observation XXXV

R. Bourg.

Kyste dermoïde double de l'ovaire. - Hystérectomie.

La malade, l'épouse Fh..., vient me trouver pour des douleurs dans le côté droit du ventre. Elle a 35 ans, a eu ses premières règles vers 15 ans, a deux enfants dont le plus jeune est âgé de 7 ans, n'a jamais eu de fausse couche.

Depuis deux à trois ans, elle souffre de douleurs abdominales avec vomissements un jour ou deux tous les mois, le plus souvent au moment des règles. En janvier de cette année, elle a présenté une crise douloureuse violente ayant duré huit jours, accompagnée de vomissement et de ballonnement du ventre. Depuis lors, les douleurs sont plus vives, existent presque en tout temps et empêchent les mouvements de flexion du tronc; elles sont maximales à droite. Peu de douleur spontanée dans le côté gauche de l'abdomen; douleurs lombaires. Les règles sont régulières, se produisent avec deux ou trois jours d'avance, durent trois à quatre jours et sont accompagnées de douleurs plus violentes, surtout le premier jour, calmées en même temps que l'écoulement se produit.

Pas de ménorragies. Pertes blanches. Les selles sont difficiles; il existe une légère douleur à la miction.

A la palpation du ventre on sent une volumineuse tumeur débordant le bassin, s'étendant dans la fosse iliaque droite au niveau de son pôle antéro-postérieur, assez arrondie, nette de contour, douloureuse au palper. Celui-ci, malgré l'absence de signes hémorragiques, guide nettement le diagnostic vers celui de fibrome.

Le toucher permet de sentir la face postérieure de l'utérus, rétroversé et refoulé sur la droite, de volume à peu près normal, avec au-devant de lui, faisant corps lui, une tumeur kystique peu mobilisable, contenant une masse fibreuse importante. L'annexe droite, paraît souple. Le Douglas et l'annexe gauche sont occupés par une tumeur dure, rénitante, palpable au toucher et d'apparence kystique.

Diagnostic de fibrome avec kystes.

A la laparatomie, volumineux kyste adhérent au péritoine, aux anses grêles, à la paroi antérieure de l'utérus. Pédicule tordu, partant de l'annexe droite et passant au-dessus de la trompe droite.

Section du pédicule. La matrice, située sous le kyste, est de volume normal, et, dans l'annexe gauche, seconde tumeur kystique, prolabée dans le Douglas. Non adhérente.

Hystérectomie subtotale. Appendicectomie complémentaire. Suites opératoires sans incidents.

Examen des pièces : Dans le kyste droit, masse indurée formant calotte à la paroi kystique. Matière sébacée, cheveux, dans le kyste gauche.

Examen microscopique : adénome kystique sans aucun caractère de malignité, à l'endroit de la paroi où les coupes ont été faites.

Observation XXXVI

Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires opérés au cours du troisième mois de grossesse. - Ablation.

(Suzanne Lévy, thèse Paris 1921.)

Mme P..., 28 ans, secondipare. Réglée à 13 ans, très régulièrement, ayant eu son premier accouchement il y a dix-sept mois, accouchement et suites de couches normaux; n'a pu allaiter son enfant que peu de temps n'ayant que peu de lait.

Dernières règles 15 décembre.

Au début de mars, Mme P.. est gênée pour s'habiller par une tumeur abdominale qu'elle sent elle-même et qui l'étonne d'autant plus qu'au même âge de sa première grossesse, son abdomen était beaucoup moins développé.

Elle consulte M. Faure qui diagnostiqua une tumeur rétro-utérine chez une femme enceinte et conseille l'intervention.

Opération le 18 mars 1920. La laparatomie montre un utérus gravide de six semaines environ. Tumeurs ovariennes bilatérales sans adhérence.

A droite, la tumeur, moins volumineuse que de l'autre côté, est prolabée dans le Douglas. Pas d'adhérences. Section et ligature des pédicules.

A gauche, tumeur du volume du poing, blanchâtre, irrégulière. Section et ligature des pédicules.

Fermeture en trois plans, sans drainage.

Suites opératoires normales. La grossesse continue son évolution sans provoquer aucun trouble. Accouchement normal le 17 octobre. Présentation : OIDP. Rien à signaler dans les suites de couches.

Mme P... allaite son enfant, son état général est excellent. Elle se plaint seulement de quelques bouffées de chaleur.

Examen de la pièce (M. Champy) :

Kystes dermoïdes bilatéraux pesant 82 gr. à droite et 122 gr. à gauche; de couleur blanc nacré, contenant des cheveux.

A la coupe : A droite, kyste dermoïde sans tissu ovarien;
à gauche, *une partie de l'ovaire est intacte.*

Observation XXXVII

De Rouville.

Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires à symptomatologie exclusivement hémorragique. - Hystérectomie.

Mlle J..., 38 ans, réglée à 15 ans 1/2 et normalement jusqu'à 33 ans (à ce moment sa menstruation devient irrégulière).

Elle passe de temps à autre deux mois sans voir, puis ses règles deviennent très abondantes et très prolongées, dix à quinze jours. Ce régime menstruel se maintient pendant trois ans après lesquels disparaissent des périodes d'aménorrhée et s'accentuent les hémorragies qui se prolongent pendant la presque totalité du mois — six mois avant que je fusse appelé auprès d'elle par son médecin, les pertes rouges étaient devenues continuelles.

A l'examen : utérus débordant la symphyse de deux travers de doigt environ et incliné à droite. Col normal refoulé à gauche. Le tout difficilement mobilisable, sans grandes douleurs.

Le diagnostic de fibro-myome est porté.

A l'intervention : kystes dermoïdes bilatéraux, celui du côté droit inclus dans le ligament large. L'hystérectomie est pratiquée et on trouve un utérus petit, mais absolument normal.

L'ovaire droit est totalement transformé en une poche kystique d'où sort à l'incision une mèche de cheveux noirs, baignant dans une bouillie sébacée abondante.

Il est impossible macroscopiquement de déceler à la périphérie du kyste trace de tissu avorien. *L'ovaire gauche, au contraire du précédent, a conservé à sa périphérie une coque épaisse de tissu ovarien,* discrètement parsemé de petits kystes et limitant un magma sébacé central où baignent de nombreux cheveux noirs.

Les trompes de volume normal sont congestionnées, un peu tortueuses et parfaitement perméables.

Observation XXXVIII

Kyste dermoïde des deux ovaires.

Jeune fille de 18 ans (sa sœur fut opérée cinq ans auparavant pour kystes dermoïdes bilatéraux, *voir obs.*).

Prise brusquement de douleurs violentes dans le ventre à la suite d'une sauterie. Elle s'alite et reste six jours avec signes péritonéaux, vomissements, pouls petit.

Réglée à 15 ans. Ventre un peu gros toujours, douloureux

L'examen montre une tumeur abdomino-pelvienne, arrondie, fluctuante, mate, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt.

A la laparatomie : kyste gauche du volume d'une tête d'adulte, tordu deux fois.

Kyste droit gros comme une tête de fœtus, non tordu.

Ces kystes renferment : sébum, cheveux.

CONCLUSIONS

1. — Les kystes dermoïdes ovariens sont bilatéraux dans 17 % des cas.

Au cours de l'ablation d'un kyste dermoïde en apparence unilatéral, il convient d'examiner systématiquement et soigneusement l'autre ovaire; la moindre petite bosselure pouvant être un kyste dermoïde à son début d'évolution.

2. — L'aménorrhée est loin d'être la règle dans les kytes dermoïdes bilatéraux de l'ovaire. Bien au contraire, les fonctions menstruelles paraissent exagérées, ainsi que le témoignent les cas nombreux de ménorragies, ou même de métrorragies que l'on rencontre dans cette affection.

Parfois même l'abondance de l'hémorragie a mis en danger les jours de la malade; et c'est là une complication qu'il faudra prévoir en cas de kystes dermoïdes ovariens.

3. — En présence d'une tumeur abdominale avec hémorragies utérines le médecin devra penser au dermoïdes ovariens et non pas seulement aux fibromes utérins, qui eux aussi s'accompagnent de pertes rouges notables.

4. — Devant une malade encore jeune atteinte de kystes dermoïdes des deux ovaires le chirurgien doit faire tout son possible pour tenter l'opération conservatrice.

Des reliquats de tissu ovarien existent toujours, plus ou moins visibles à la surface du kyste dermoïde, et par un examen minutieux de la tumeur le chirurgien devra s'attacher à en découvrir une parcelle propre à être conservée.

C'est une méthode qui vaut d'être appliquée car :

— malgré les risques de récidive ou de dégénérescence, rares d'ailleurs c'est un procédé opératoire en lui-même inoffensif.

— elle permet d'escompter dans presque tous les cas la conservation des diverses fonctions ovariennes : menstruation, sécrétion interne et fécondation.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer
Le Président,
J. GUYOT

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 7 décembre 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

ANDREWS : Bilateral dermoïd. *Memphis M.-J.*, 27 février 1932.

APELT : Double kyste dermoïde des ovaires. *Bull. et mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris,* 1914.

BANCROFT : Bilateral dermoïd cyst. *Surg clin. N. Am. Pila* 1923, p. 123.

BARDON et BARTHÉLÉMY : Kystes dermoïdes bilatéraux de l'ovaire avec inclusion bilatérale. *Journ. de Méd. de Bordeaux,* 10 février 1929, p. 118.

BARKLEY : Bilateral dermoïd cyst of the ovary. Kentucky M.-J. *Bowling Green* 1915.

BOURG : A propos d'un cas de kyste dermoïde double. *Bruxelles Médical,* 14 nov. 1927.

BRUN, CASSUTO et JAUBERT DE BAUJEU : Kystes dermoïdes des deux ovaires. Diagnostic radiographique. *Journ. de Chir.* 1926, tome II, p. 503.

BULL : Bilatéral cystic embryoma of ovary. *M.-J. Lond* 1925, p. 212.

CAMPBELL : Bilatéral dermoïd of the ovary. *Clin. Journ.* 1917, p. 286.

CHALIER : Kyste dermoïde des deux ovaires avec torsion de leur pédicule. *Lyon Médical* 1914, p. 595.

CHARBONNEL et COSTEDOAT : Gros kystes dermoïdes des ovaires avec grossesse au quatrième mois et fibromes utérins. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* 1925, p. 369.

CONDAMIN : Kystes dermoïdes des deux ovaires chez une malade ayant eu cinq accouchements. *Ann. de Gyn. et d'Obs.* 1904, p. 188.

— Doubles kystes dermoïdes des ovaires. *Lyon Médical* 1911, tome II, p. 588.

Deletrez : Kyste dermoïde des deux ovaires et grossesse. *Revue de Gyn.*, Paris 1914, p. 450.

Delagenière : Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires, fibromes utérins et grossesses antérieures. *Ann. d'Anat. Pathol.*, 4 nov. 1926.

De Rouville : Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires à symptomatologie exclusivement hémorragique. *Montpellier Médical*, décembre 1913.

Dambrin : Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. *Soc. de Chirurgie de Toulouse*, 31 mars 1933.

Devèze : Double oophorectomie pour kystes dermoïdes des ovaires. *Gazette de Gyn.* 1908, p. 257.

Dieulafé : La grossesse après ovariotomie unilatérale pour kyste. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.* 1923, p. 598.

Dunet : Radio des kystes dermoïdes dentifères bilatéraux de l'ovaire. *Lyon Médical* 1922, p. 875.

Estor et Sicard : Un cas de kyste dermoïde double de l'ovaire. *Presse Médicale* 1923, p. 740.

Exchaquet : Kystes dermoïdes bilatéraux. *Soc. d'Obst. et de Gyn, de la Suisse Romande; Presse Médicale* 1911, p. 807.

Falsia et Viggiano : Kystes dermoïdes de l'ovaire. *Semana Méd.* 15 janvier 1931, p. 167.

Ferré : Trois kystes dermoïdes sur les deux ovaires. *Arch. mens. d'Obst. et de Gyn* 1914, p. 238.

Forraz : Kystes dermoïdes bilatéraux. *Gazette de Gyn.* 1917. p. 10.

Gonzalez : Observacion de quiste dermoïde de ambos ovario. *Semana Med. Buenos-Aires* 1920, p. 183.

Henrotay : Kystes dermoïdes bilatéraux. *Bull. Soc. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles 1904, p. 58.

— Ovariectomie double pour kystes dermoïdes bilatéraux à deux mois et demi de grossesse. *Bruxelles Médical*, 25 juill. 1925.

Harguindeguy : Kystes dermoïdes bilatéraux. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, août 1924.

Haller : A propos de kystes dermoïdes de l'ovaire. *Soc. de Chirurgie de Paris* 1922.

Houdard : De la valeur de la conservation de tissu ovarien au cours des opérations pour tumeurs kystiques bilatérales des ovaires. *Bull. et mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, mai 1927, p. 679.

Hue : Kystes dermoïdes des deux ovaires chez deux sœurs. *Revue de Normandie*, Rouen 1904, p. 304.

Keiffer (H.) : Un cas de kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. *Bruxelles Médical*, 10 juillet 1927, p. 1154.

Koncky (J.-D.) : Ovarians dermoïds. *Annals of Surgery* 1925.

Lebert : Des kystes dermoïdes en général. *Mém. de la Soc. de Biologie de Paris* 1852, p. 203.

Lévy (Suzanne) : Contribution à l'étude des kystes bilatéraux des ovaires au cours de la grossesse. (*Thèse Paris* 1921.)

Lipschutz et Wagner : Hypertrophie des fragments d'ovaire. *Compte rendu Soc. de Biologie de Paris* 1912, p. 1122 et *Paris* 1922, p. 240.

Loewy et Guéniot : Etude sur les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. *Revue de Gyn. de Pozzi* 1902.

Mac Dowell : Kyste dermoïde chez une jeune fille. *American Journ. of Obstétric and Gynécologie*, Chicago, février 1927.

Mac Lellan : Ovarian dermoïd cyst. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, février 1921, p. 493.

Mazet : Kystes dermoïdes bilatéraux chez une jeune femme. *Lyon Médical* 1914, p. 419.

Martin : Thé application of conservative surgery to ovarien dermoïd cyst. *J. Am. M. Ass.*, Chicago 1912, p. 1895.

Mathews : Management of bilatéral ovarian dermoïd. *Ann. Surg. Phils* 1925, p. 483.

Morestin : Kystes dermoïdes des deux ovaires. *Soc. Nat.*, 20 octobr 1911 et *Presse Médicale* 1911, N° 85, p. 863.

Mihailesco : Kystes dermoïdes bilatéraux de l'ovaire et grossesse extra utérine. *Gyn. si Obst.*, Bucarest, déc. 1926.

Miller : Multiple dermoïds of ovary. *Am. Journal of Obst. and Gyn.*, février 1933.

Norris : Deux cas de kystes dermoïdes bilatéraux. *Am. Journ. d'Obst.*, New-York, 1906.

Ornières : Opérations bilatérales. (*Thèse Paris* 1880.)

Péraire : Kystes dermoïdes de l'ovaire bilatéraux. *Paris Chirurg.* 1922, p. 607.

Plagniol : Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires à symptomatologie hémorragique. (*Thèse Montpellier* 1916.)

Pothérat : Kystes dermoïdes des deux ovaires. *Bull: et mém. Soc. de Chirurgie de Paris* 1904, p. 58.

Pozzi : Traité de Gynécologie.

Purlow : Bilatéral ovarian dermoïd tumour. *Proces. Roy. Soc. Méd.* Londres 1908-9; — *Obst. and Gyn.* sect 297.

Runeskog : Zent. für Gyn., nov. 1931 — *in Journal de Chirurgie* 1932, p. 293-42.

Taddei : Cisti dermoïdi ovariche bilatérali. *Clinica Chirur.* 36-1933, p. 565.

Tixier : Double kyste dermoïde de l'ovaire. *Lyon Médical* 1914, p. 1217.

Vaccari : Cisti dermoïd ovariche bilatérali. *Folia Gyn. Pavia* 1910, p. 345.

Vignard : Tumeur dermoïde des deux ovaires. *Gazette Médicale de Nantes* 1909, p. 314.

VANVERTS : Kystes dermoïdes bilatéraux, ablation d'un ovaire, résection de l'autre. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, janvier 1927.

WALTER : Kystes dermoïdes des deux ovaires chez une malade ayant eu six grossesses. *Soc. de Chirurgie de Paris* 1901, p. 313.

WACHERTS (H.-J.) : Bilatéral dermoïds ovarien in multipara. *Guy's Hosp. Gazette* 21 mai 1927, 41, p. 242.

Imp. J. LESBATS, 16, r. Jules-Guesde - Bordx.